

**ANEXO 1 CASO ESPECIAL ENFERMEDAD GRAVE HIJO/A HASTA DE 2 AÑOS DE EDAD.**

## **CERTIFICADO**

(Completa médico tratante).

Yo, \_\_\_\_\_

Médico con especialidad en Pediatría, certifico atender a la/el niña/o (nombre completo): \_\_\_\_\_  
cédula de identidad: \_\_\_\_\_, fecha nacimiento: \_\_\_\_\_, quien es hija/o de \_\_\_\_\_, cédula nacional de identidad  
Nº \_\_\_\_\_, con el objeto de dar cumplimiento al beneficio establecido en el artículo  
203 del Código del Trabajo, informo que la/el niña/o padece de (diagnóstico confirmado o en estudio) \_\_\_\_\_

La cual le impide ser atendida/o en Sala Cuna al menos durante: (indicar como mínimo durante los 2 primeros años de vida para ser válida esta solicitud)

Y que la enfermedad que da paso a este requerimiento, se encuentra considerada como GRAVE de acuerdo al facultativo médico. (Marcar con una x si corresponde)

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Por esta razón, la/el niña/nño debe ser cuidada/o en su domicilio.

Fecha atención médica:

Dirección lugar de atención:

Nombre, firma, timbre médico tratante: (si la firma no es digital, deberá ser incorporada con lápiz pasta azul)